

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1909-1910 — N° 73

LE TRAITEMENT NON SANGLANT
DES
LUXATIONS ANCIENNES DU COUDE
EN ARRIÈRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 21 mai 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Germain MARÉCHET

Né à Lorette (Loire), le 8 mai 1880



A. MALOINE, ÉDITEUR

Rue de la Charité, 6

LYON

Rue de l'École-de-Médecine, 25

PARIS

1910

LE TRAITEMENT NON SANGlant
DES
LUXATIONS ANCIENNES DU COUDE
EN ARRIERE

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNEQ. DOYEN.
COURMONT (J.) ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, CAZENEUVE, SOULIER, TRIPIER

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE.
		TEISSIER.
Cliniques chirurgicales	}	BARD.
		PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements		JABOULAY.
Clinique ophtalmologique		FABRE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		ROLLET.
Clinique des maladies mentales		NICOLAS.
Clinique des maladies des enfants.		PIERRET.
Clinique des maladies des femmes		WEILL.
Physique médicale		POLLOSSON (A.).
Chimie médicale et pharmaceutique		CLUZET.
Chimie organique et Toxicologie		HUGOUNEQ.
Matière médicale et Botanique		MOREL.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.		BEAUVISAGE.
Anatomie.		GUIART.
Anatomie générale et Histologie		TESTUT.
Physiologie.		RENAUT.
Pathologie interne.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		ROQUE.
Anatomie pathologique.		COLLET.
Médecine opératoire.		PAVIOT.
Médecine expérimentale et comparée.		POLLOSSON (M.).
Médecine légale		ARLOING.
Hygiène.		LACASSAGNE.
Thérapeutique.		COURMONT (J.).
Pharmacologie.		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé.
Propédeutique chirurgicale	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique.	PATEL,	—

AGRÉGÉS

MM. SAMBUC,	MM. COMMANDEUR,	MM. MARTIN (Et.).	MM. BRETIN, ch...
COURMONT (P.)	GAYET.	LAROYENNE.	THEVENOT, Ch.
CHATIN.	NEVEU-LEMAIRE.	VORON.	
VILLARD.	PATEL.	NOGIER.	
TIXIER.	J. LEPINE.	LAJARJET, ch.	
REGAUD.	LESIEUR.	BÉRIEL, ch...	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. JABOULAY, Président; M. GAYET, Assesseur;
MM. PATEL et LAROYENNE, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Je dédie ces pages en témoignage
de reconnaissance et d'affection.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Avant de commencer ce travail, nous tenons à adresser nos remerciements à nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux.

Nous avons eu l'honneur d'être l'externe de MM. Maurice Pollosson, Tixier, Rochet, Garel et Lannois. Nous leur adressons l'expression de notre reconnaissance pour leurs excellentes leçons et leurs amicaux conseils.

Nous ne devons pas oublier nos meilleurs amis, les docteurs Audemand, Millet et Moutot : ils peuvent compter, hier comme demain, sur notre inaltérable amitié.

M. le professeur Jaboulay a bien voulu accepter de présider notre thèse : nous ne saurions dire combien nous apprécions cet honneur. Enfin, notre ami, le D^r Rivière, son distingué chef de clinique, a bien voulu nous guider dans ce travail et nous lui adressons ici nos plus vifs remerciements.

HISTORIQUE

La réduction non sanglante des luxations anciennes du coude en arrière n'est pas une méthode nouvelle. Ce fut pendant longtemps la seule méthode que les chirurgiens eurent à leur disposition. Des interventions chirurgicales plus actives furent ensuite tentées. Ce fut d'abord, avec Desault et Dupuytren, la section sous-cutanée des tendons et des muscles. Abandonnée ensuite, elle fut remise en honneur par Marchal de Calvi, et employée ensuite avec des fortunes diverses par Gerdy, Sédillot, Lewis Sayre.

Plus tard, on proposa (Puigaud) la résection temporaire de l'olécrâne. Elle donna de bons résultats entre les mains de Trendelenburg et de Volker. Malgaigne et Mollière la rejettent pour lui préférer l'arthrotomie. Celle-ci fut employée pour la première fois avec succès par Blumhart, en 1847. Depuis, la question est discutée au Congrès français de chirurgie (1886) où Doyen et Deces apportent des observations très heureuses. Mais l'arthrotomie échoue dans un certain nombre de cas, et nombre de chirurgiens lui préférèrent la résection, soit totale, soit partielle. Textor, en 1823, avait réséqué la tête radiale luxée et l'ankylose s'en était suivie. Summert, en 1847, y ajouta l'ablation de l'olécrâne et le résultat fut infiniment meilleur. Tour à tour vantée par les uns et absolument rejetée par les autres, la résection n'entre vrai-

ment dans la pratique courante qu'avec l'application de la méthode antiseptique. Ollier fut vraiment le vulgarisateur de cette méthode, mais il apparaît, à la lecture des observations publiées, que si, dans la plupart des cas, l'opération elle-même fut bénigne, les suites opératoires demandent à être surveillées de très près. On doit apporter une certaine mesure dans la mobilisation, sous peine de provoquer des réactions inflammatoires aboutissant à l'ankylose, et Ollier lui-même déclare que « l'adoption systématique de ce mode d'intervention exposerait à pratiquer des opérations dont on pourrait se repentir plus tard, quand, au bout de quelque temps, on comparera les sujets qui les auront subies avec ceux auxquels on n'aurait pas fait d'opération sanglante ».

D'ailleurs, tous ces auteurs ont eu recours, dans certains cas, à la réduction forcée et, pour tous, cette réduction doit être tentée avant toute autre intervention. D'ailleurs, et bien que les opérations sanglantes représentent une méthode brillante et fournissent des résultats encourageants, depuis la méthode antiseptique, on trouve encore des partisans de la réduction forcée. Algret dit que l'on doit toujours essayer la méthode de force. Roy, dans une thèse écrite pour défendre l'arthrotomie et la réduction à ciel ouvert, déclare qu'après l'âge de 40 ans, si la réduction à ciel ouvert a échoué, on doit préférer la mobilisation à la résection. Il est assez logique de penser que si l'on s'expose à ouvrir une articulation pour ne pas compléter l'intervention, il vaut peut-être mieux faire l'économie d'une opération, qui devient inutile. Favier, dans sa thèse, déclare que ses sympathies vont à la réduction forcée et Pasteur, dans sa thèse, inspirée par M. Poncet, a chaudement défendu la méthode de force.

Mais, à notre avis, ces auteurs n'ont pas assez insisté sur les résultats que cette méthode pouvait fournir, même lorsque la réduction complète ne pouvait pas être obtenue, et sur l'application systématique de la mobilisation du coude dans les cas de luxation en arrière anciennes.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Os. — Les os n'ont plus leurs contacts normaux. Dans les cas de luxation incomplète, la pointe de l'apophyse coronoïde se met en rapport avec la partie postérieure de la trochlée, tandis que lorsqu'elle est complète, elle s'encastre dans la fossette olécranienne. Fixés dans cette situation nouvelle, les os subissent, au bout d'un temps plus ou moins variable, certaines déformations.

D'abord, l'humérus subirait une hypertrophie interstitielle, qui se ferait perpendiculairement à l'axe de l'os. (Stimson.) Les cavités normales changent de forme et souvent s'effacent, comblées qu'elles sont par du tissu fibreux de nouvelle formation. Au sein de ce tissu, on voit se former des cavités destinées à loger, soit la tête du radius, soit le coronoïde. Cahier, dans l'article : « Lésions traumatiques des articulations », du traité de chirurgie, reproduit une pièce du musée de Zurich, dans laquelle « il s'est formé, entre l'humérus et le radius, une articulation complète, qui avait permis le retour intégral des mouvements de l'avant-bras ».

Le cubitus présente des lésions analogues. Il arrive fréquemment que la grande cavité sigmoïde soit complètement effacée par suite de la formation de tissu fibreux (Nicoladoni, Wolker, Malgaigne). Quant au radius, certains auteurs noteraient un allongement hypertrophique

du col. D'autres, au contraire, ont noté l'atrophie de la tête radiale. Cette atrophie a été signalée par Muller dans un cas de luxation ancienne du radius découverte sur un cadavre de l'amphithéâtre.

PÉRIOSTE. — Le périoste est déchiré en certains points par les extrémités osseuses, au moment du traumatisme. D'autres fois, il est arraché au niveau d'une insertion ligamenteuse et il continue à proliférer dans sa nouvelle situation, d'où des productions osseuses de formes et de siège anormaux. Ollier a observé une sorte d'apophyse postérieure surajoutée à la tubérosité épicondylienne normale. Il attribuait cette production à l'ossification d'un lambeau périostique arraché par le radius.

LA CAPSULE ARTICULAIRE ET LES LIGAMENTS. — En règle générale (quatre fois sur cinq, d'après Pasteur), la capsule est arrachée au niveau de l'apophyse coronoïde. Avec elle se détache en général le ligament antérieur, qui s'épaissit rapidement et figure un renflement fibreux fixé à la face antérieure de l'humérus. Plus tard, soit qu'il s'agisse d'une myosite ossifiante, dont le point de départ serait le brachial antérieur, soit qu'il s'agisse de la prolifération sur place de débris périostiques, le ligament antérieur devient rapidement le siège d'une ossification qui s'étend transversalement : c'est la plaque antérieure. Elle est assez souvent indépendante, d'autres fois, elle adhère aux extrémités osseuses. Il est classique de citer le cas de Cruveilhier, où elle se continuait avec l'apophyse coronoïde. Poulet et B. Auger l'ont vue adhérer à la face antérieure de l'épiphyse humérale.

(1) MULLER. *Lyon médical*, 26 juillet 1908.

Les ligaments latéraux se rompent d'ordinaire à leur extrémité supérieure. Ils présentent les mêmes lésions que le ligament antérieur : épaissement, renforcement par des trousseaux fibreux unissant l'humérus aux os de l'avant-bras et les fixant fortement dans leur situation nouvelle. Il existe dans leur épaisseur des nodules ostéo-cartilagineux capables de donner naissance à des plaques osseuses. Enfin, on a pu voir (Marc Sée, Albert) un petit ligament s'insérant au centre de la capsule radiale.

Le ligament postérieur n'est pas toujours arraché; il est toujours plus ou moins tiraillé. Cependant, dans les luxations complètes survenant à la suite d'un traumatisme particulièrement violent, il peut être arraché et la désinsertion a lieu en général à la pointe de l'olécrâne.

Dans ce ligament, on trouve, dans les luxations anciennes, deux plaques d'ossification. Elles ont leur siège dans les débris du périoste encadrant l'olécrâne qui ont été arrachés en même temps que la capsule. Ces deux plaques affectent l'une et l'autre une direction antéro-postérieure, et se trouvent l'une en arrière de l'épicondyle, l'autre en arrière de l'épitrochlée. Chacune d'elles adhère à la saillie osseuse correspondante et Pierre Delbet leur a donné le nom de plateau rétro-épitrochléen et de plateau rétro-épicondylien. Entre les deux se trouve l'olécrâne.

On voit ainsi l'importance que prend, dans les luxations anciennes, les néo-formations osseuses. Elles semblent, d'ailleurs, ne pas toujours évoluer avec la même rapidité et la même intensité. Les causes qui favorisent leur évolution semblent être en rapport direct avec la jeunesse du sujet, la violence du traumatisme, le nombre et

l'importance des manœuvres de réduction qui ont été pratiquées.

TISSU CONJONCTIF. — Le tissu conjonctif périarticulaire participe à l'inflammation produite par le traumatisme. Il devient envahissant, comble les cavités articulaires normales, remplit les interstices restés libres entre les os dans leur nouvelle position. C'est ainsi que Doyen, dans une luxation de quatre mois, pour laquelle il fit une arthrotomie, dut creuser ce tissu fibreux pour y retrouver la tête du radius, qui avait cependant conservé son aspect normal.

MUSCLES. — L'étude de l'état des muscles dans les luxations du coude en arrière présente un certain intérêt, car d'après quelques auteurs, leurs lésions entreraient pour une part considérable dans les causes d'irréductibilité.

D'abord, on trouve des ruptures musculaires partielles ou totales. Le muscle brachial antérieur semble particulièrement touché (Walther, Civel, Helferich, cités in thèse de Müller). Müller lui-même, qui a reproduit des luxations du coude irréductibles sur le cadavre, a publié une observation et une planche dans laquelle un fragment du brachial antérieur venait s'interposer entre les surfaces articulaires. Dans une autre de ses observations, ce n'était plus le brachial antérieur, mais les fibres des muscles épicondyliens qui devenaient la cause de l'irréductibilité.

Le brachial antérieur est aussi, et de façon relativement fréquente, le siège d'une myosite ossifiante. La cause de cette myosite doit être cherchée plus particulièrement dans les déchirures et les hématomes qui accompagnent les traumatismes du coude. C'est là l'origine

de ces néoformations osseuses que Cahier a appelées my-ostéomes traumatiques.

Enfin, on note de la rétraction de certains muscles, et en particulier du triceps et des atrophies musculaires s'étendant à tout le membre.

NERFS ET VAISSEAUX. — Les nerfs peuvent être lésés et le cubital est de tous le plus souvent touché. Ses rapports très intimes avec l'article en fournissent suffisamment la raison. Il en résulte des fourmillements et des douleurs dans la zone innervée par lui. On cite une observation de Potherat, où il fut luxé en avant de l'épitrochlée et fixé là par un noyau fibreux. Le nerf fut libéré, et tout revint à l'état normal. Enfin, nous avons relevé une observation due à M. Vialle (1) où une luxation du coude en arrière fut la cause d'une paralysie radiale.

Les vaisseaux sont rarement lésés. Nous avons relevé une observation de Stimson (citée par Müller), où l'on note l'absence du pouls, concomitante avec une paralysie radiale. L'opération cependant montra l'intégrité de l'artère humérale.

De cette étude anatomo-pathologique, nous devons tirer quelques conclusions concernant l'irréductibilité probable des luxations anciennes du coude en arrière. Nous dirons tout de suite que ces luxations peuvent être irréductibles d'emblée, ou bien le devenir secondairement.

Les luxations irréductibles d'emblée sont relativement rares. Müller, dans sa thèse, déclare qu'il lui a été assez difficile de les reproduire sur le cadavre, et même en

(1) VIALLE. *Lyon médical*, 1903.

incisant la capsule avant les manœuvres de luxation, il ne réussissait pas toujours à produire des luxations irréductibles. Il semble bien que parmi celles qui furent considérées par divers auteurs comme irréductibles, et soumises ensuite à des interventions sanglantes, il en est qui eussent cédé à des manœuvres plus prolongées ou mieux dirigées. Peut-être, dans certains cas, la manœuvre indiquée par Leriche (de Nice), pour certaines luxations dans lesquelles le cubitus aurait passé par une boutonnière de la capsule, serait-elle de nature à restreindre le nombre des cas d'irréductibilité primitive. Nous rappellerons que pour les divers auteurs qui les ont étudiées, les causes de l'irréductibilité primitive de ces luxations résident surtout dans l'enclavement entre les surfaces articulaires de fragments musculaires ligamenteux ou osseux, arrachés au moment du traumatisme. C'est à un appel par le vide intra-articulaire au moment de la rupture de la capsule, que serait dû cet enclavement (Michel, de Nancy et Moraës Barros). Nous rappellerons également que l'on a fait un signe de probabilité de la fracture de la pointe de la coronoïde, non de l'irréductibilité, mais de la reproduction de la luxation, après que la réduction en a été obtenue.

Les luxations du coude, secondairement irréductibles, doivent cette irréductibilité à des causes différentes, selon les cas. L'âge de la luxation paraît importer assez peu, et il faut surtout chercher des raisons anatomiques à cette irréductibilité secondaire. Nous avons vu les lésions des luxations anciennes. Le tissu fibreux peut former une gangue épaisse au sein de laquelle sont fixées les surfaces articulaires, ces surfaces articulaires peuvent être

déformées au point de ne plus s'emboîter les unes dans les autres, des néoformations osseuses, nées, soit aux dépens de débris périostiques, soit par le processus de la myosite ossifiante, peuvent opposer un obstacle invincible à la réduction. Nous aurons à voir quelles lésions sont susceptibles de s'opposer de façon absolue, soit à la réduction de la luxation, soit à l'assouplissement de l'article.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

La *cause* habituelle des luxations du coude en arrière est une chute sur la paume de la main, le bras étant complètement étendu, et beaucoup plus rarement elles sont provoquées par un coup violent porté à la face postérieure de l'humérus. C'est donc plus tard une notion étiologique propre à éclairer le diagnostic.

Dans les luxations du coude en arrière, on doit distinguer deux cas. Dans le premier cas, les deux os de l'avant-bras sont luxés en même temps; c'est la luxation du coude en arrière classique — avec les deux modalités, complète ou incomplète, qui ne sont d'ailleurs que la même lésion à un degré différent — ou bien le radius seul est luxé en arrière.

Dans le premier cas, l'avant-bras est placé presque dans l'extension complète, de façon à faire avec le bras un angle obtus (125° à 140°). Les axes des deux segments du membre se croisent plus bas du côté luxé que du côté sain.

Le diamètre antéro-postérieur du coude est augmenté du côté luxé. Les saillies osseuses du coude n'ont plus leurs rapports normaux et l'olécrâne qui, dans l'état normal et dans l'extension, se trouve sur une ligne horizontale allant de l'épicondyle à l'épitrachée, se trouve, dans les cas de luxation en arrière, au-dessus de cette ligne.

Le degré d'ascension de l'olécrâne indiquera le degré de la luxation. Enfin, on pourra constater la situation relative des épiphyses par la palpation. On pourra ainsi distinguer les variétés postéro-latérales des luxations en arrière. On fera ainsi, et facilement, le diagnostic des luxations en arrière avec les autres luxations.

Dans les cas de luxation isolées du radius en arrière, l'avant-bras est en pronation et en flexion légère. Il est rejeté en dehors. On constate une cavité en dessous de l'épicondyle, et l'on sent la tête du radius plus haut, en arrière du condyle. Enfin, l'examen du coude blessé doit être aussi approfondi que possible en ce qui concerne l'état anatomique des parties luxées. Il faut apprécier le degré de mobilité de la jointure, l'existence d'épaississements fibreux, de néoformations osseuses, de fractures articulaires, avec enclavement de fragments. C'est cet examen minutieux qui permettra, au moment de la réduction, de diriger les efforts dans le sens le plus propre à vaincre les obstacles que l'examen aura pu faire reconnaître.

Le *diagnostic* de ces luxations doit être fait : 1° avec les autres variétés de luxation, avec les fractures articulaires ou juxta-articulaires du coude, et avec les ankyloses d'autre origine (tuberculose, arthrite blennorrhagique, ostéomyélite).

Les anciennes fractures articulaires ou périarticulaires sont assez difficiles à distinguer des luxations anciennes du coude en arrière et, en particulier, la fracture sus-condylienne de l'humérus. La fracture se distinguera par l'intégrité à peu près complète des mouvements de flexion et d'extension, en général très gênés dans les cas de luxa-

tion en arrière, et l'absence de modifications entre les rapports de l'olécrâne d'une part et la ligne bitubérosaïre. Ajoutons que l'examen précis peut montrer que le siège du cal et de la déformation osseuse siège au-dessus de l'articulation.

Le diagnostic des luxations anciennes du coude en arrière doit aussi être fait avec les ankyloses d'autre origine : tumeurs blanches, arthrites blennorrhagiques, ostéomyélite. Les anamnétiques, l'absence ou la médiocrité d'un traumatisme, qui n'aura été que révélateur, alors que les traumatismes (chute sur la paume de la main) sont violents dans le cas de luxation, la fièvre et la douleur spontanée dans les cas d'ostéomyélite et d'arthrite blennorrhagique, la gravité de l'état général ou son aggravation progressive dans le cas de tuberculose, la présence d'un écoulement, d'une orchite dans le cas de blennorrhagie, sont autant de signes qui permettent de différencier ces ankyloses des luxations.

En vérité, dans la plupart des cas, le diagnostic sera facile. S'il restait quelque doute, la radiographie les lèverait facilement. En tous cas, lorsqu'il sera possible, elle devra toujours être pratiquée. Outre la position des surfaces articulaires et l'existence de fractures, elle prouvera, bien qu'elles soient parfois assez perméables aux rayons X, l'existence des plaques osseuses que nous avons décrites. La radiographie extra-rapide semble donner des renseignements plus précis. En tous cas, on devra, autant que possible, prendre deux plaques, l'une dans le sens antéro-postérieur, l'autre dans le sens latéral.

TRAITEMENT

Lorsqu'on se trouve en présence d'une luxation ancienne du coude en arrière, on doit, au point de vue fonctionnel, chercher à obtenir un minimum de mouvements, permettant au sujet d'avoir un membre utile. Très souvent, la pronation et la supination sont encore possibles. L'extension complète est, au point de vue pratique, un mouvement de peu d'importance. La flexion, au contraire, est un mouvement extrêmement utile, surtout lorsqu'on peut arriver à lui faire dépasser l'angle droit.

Aussi, n'est-ce pas toujours que dans les luxations anciennes non réduites ou irréductibles, que l'on est obligé de tenter la réduction. Il arrive assez souvent qu'avec le temps et la mobilisation, que le blessé imprime de lui-même à son coude pour tâcher de l'utiliser, il se produit souvent une néo-articulation par modelage des extrémités osseuses dans leurs nouveaux contacts. Il en résulte surtout chez des sujets encore jeunes que l'on trouve des membres luxés présentant des mouvements compatibles avec un usage suffisant du membre. Nous avons cité le cas de Müller (*Lyon médical*, 1908), où, chez un sujet de 50 ans, un coude atteint d'une luxation de la tête radiale, avec une fracture du cubitus à la base de la coronoïde, présentait des mouvements complets. L'usage de ce membre, du vivant du blessé, avait dû être parfait, car il n'existait aucune atrophie musculaire. Une femme de

37 ans (Little, *New-York Medical Journal*, 1887) avait, depuis vingt ans, une luxation irréduite du coude en arrière, compatible avec l'usage suffisant de son membre. Fournier présenta, en 1889, un homme porteur d'une luxation à chaque coude. Le coude droit avait un fonctionnement parfait, et le coude gauche, peut-être à cause de la moindre utilisation du membre, avait sa flexion limitée à angle droit : il exerçait la profession de mineur. Hamilton rapporte le cas d'une femme qui avait un membre présentant tous ses mouvements avec une luxation datant d'une trentaine d'années. Ollier raconte l'histoire d'une luxation du coude en arrière survenue à 3 ans; le fonctionnement du bras était, plus tard, si parfait, que le porteur, devenu officier de cuirassiers, maniait le sabre d'ordonnance sans la moindre gêne. M. Patel (*Lyon médical*, 1902) raconte avoir observé, dans le service de M. Jaboulay, une luxation du radius en arrière, datant de dix ans : le membre présentait une intégrité complète des mouvements. Cet assouplissement par la mobilisation a été noté par M. Nové-Josserand, qui déclare que « ces luxations ont une tendance marquée à s'assouplir par la simple mobilisation » (*Revue de chirurgie*, 1893).

Cette amélioration spontanée des luxations n'est pas une raison suffisante pour ne pas tenter des manœuvres de réduction. C'est au contraire une raison de plus de le faire, car alors, la tentative de réduction, même si elle ne parvient pas à remettre absolument les surfaces articulaires dans leurs rapports normaux, n'est que le premier temps de la mobilisation systématique de cette articulation. Elle permettra en général de remettre d'emblée le coude en flexion à angle droit.

Ces manœuvres devront être faites sous anesthésie, en graduant les efforts, de façon à éviter les lésions que nous indiquerons plus loin en étudiant les accidents imputables à la méthode de force, mais nous devons dire de suite, et nous en rapportons des exemples, que la fracture d'olécrâne a permis parfois d'opérer la réduction et d'obtenir de bons résultats.

Il est évident que contre les déformations osseuses, trop accentuées, contre les larges plaques osseuses de nouvelle formation, les méthodes non sanglantes ne pourront rien. C'est surtout contre les obstacles ligamenteux (épaississement) et musculaires (contracture du triceps), que les manœuvres de réduction seront efficaces.

C'est Farabœuf qui règle la méthode des tractions fortes. Il conseille de pratiquer d'abord des mouvements de flexion forcée du coude, de façon à détruire ou à allonger les adhérences articulaires ou périarticulaires postérieures. C'est dans ce premier temps que se produiraient la fracture de l'olécrâne ou les fractures articulaires ou juxta-articulaires de l'humérus. Dans le second temps, avec une contre-extension établie sur l'épaule ou le bras et une traction réalisée au moyen de mouffles sur le poignet, on rompt les adhérences latérales. On surveille de très près le dynamomètre, de façon à ne pas dépasser une force de traction de 50 à 60 kilos. De temps en temps, on communique à l'appareil de petits coups brusques. Enfin, on applique la même traction sur l'avant-bras fléchi, et, en général, la luxation se réduit à ce moment-là.

Le procédé employé par M. le professeur Jaboulay, et auquel nous donnons la préférence, est totalement différent. Il exclut absolument l'emploi des mouffles ou des

leviers. Tout en reconnaissant que la méthode des tractions fortes a fourni de beaux succès, il semble que l'on doive préférer celle que nous allons décrire, et qui, vis-à-vis de la première, constitue presque une méthode de douceur.

On commence d'abord par rompre ou assouplir, par des mouvements alternatifs de flexion et d'extension, les adhérences postérieures, tout en ayant soin d'y apporter suffisamment de prudence pour ne pas fracturer l'olécrâne. On fait ensuite céder par des mouvements de latéralité et surtout par des mouvements de pronation et de supination, graduellement augmentés, les adhérences latérales, on emploie, si ces moyens n'ont pas suffi, le procédé du fouet ou du fléau. Voici en quoi consiste ce procédé. L'olécrâne étant fixé par les deux pouces du chirurgien, pendant que les autres doigts s'entrelacent en avant de l'extrémité inférieure de l'humérus, on porte le coude malade en l'air. On imprime alors des mouvements de projection brusque de l'avant-bras sur le bras, par des secousses successives. C'est de la même façon que l'on fait claquer un fouet ou, si l'on aime mieux, que le petit bras mobile d'un fléau est projeté en avant. Il suffit, en général, de cinq à six de ces mouvements pour permettre la flexion à angle droit et amener la réduction.

Ce n'est pas tout, M. le professeur Jaboulay a montré (*Province médicale*, 1893) que dans le mouvement qui amène la main en pronation, le radius qui tourne autour du cubitus descend aussi par un mouvement hélicoïde. On peut donc, en portant la main en pronation forcée, et en lui imprimant un mouvement d'adduction, faire descendre le radius plus que par la simple traction. Il devient

alors possible à la capsule radiale d'accrocher le condyle. On a, à ce moment, un point d'appui solide qui permet en général de faire descendre sans peine le cubitus. M. Jaboulay fait remarquer que par ce procédé on fait suivre aux surfaces articulaires un chemin inverse à celui qu'elles ont suivi pour se luxer.

Quels sont les accidents imputables à la méthode de force ?

Ce sont d'abord des fractures, et ce sont les accidents les moins redoutables. La fracture doit être évitée, si c'est possible, mais elle n'est pas de nature à compromettre le résultat, et elle permet parfois d'opérer la réduction. Nous en citons plusieurs observations. Les résultats sont, en général, aussi bons que dans les réductions sans fracture et sa possibilité ne peut, en aucune façon, être considérée comme une contre-indication à la méthode de force.

Les fractures de l'humérus sont d'un pronostic moins bon. La fracture sus-condylienne est moins grave, mais si la fracture est intra-articulaire, on peut avoir une ankylose complète du coude. Enfin, il est classique de citer la mortification du membre et la gangrène (Delamotte et Lader). Dans un cas de Debruyér, il y eut disparition du poulx et l'humérale était déchirée.

On a signalé l'érysipèle et le phlegmon diffus (Velpeau). On cite des déchirures musculaires (Flaubert) et Michaux de Louvain a publié un cas de rupture de l'humérale avec arrachement du médian : il fut conduit à amputer le membre. Enfin, il existe des paralysies par élongation des nerfs. Nous en avons cité des cas, mais elles sont généralement passagères et guérissent parfaitement.

Mais il faut mettre ces accidents sur le compte des manœuvres aveugles, brutales, ou mal dirigées, et c'est pour cette raison que nous rejetons absolument l'emploi des mouffles et des leviers. La réduction doit être faite uniquement à la main, par le chirurgien. C'est seulement de cette façon que l'on a la sensation nette de la résistance de l'obstacle, de la force qu'il faut déployer pour le vaincre et du sens dans lequel l'effort doit être dirigé. Le chirurgien peut ainsi graduer l'effort et le proportionner à l'effet qu'il veut produire et éviter ainsi les incidents que nous avons mentionnés plus haut.

Ces manœuvres, soit de réduction, soit de mobilisation forcée seront répétées deux ou trois fois, suivant les résultats. Elles seront renouvelées à des intervalles variables, suivant l'état de la jointure. Après chaque séance de mobilisation, le coude sera immobilisé en flexion, dépassant un peu l'angle droit, s'il est possible, et, en tout cas, l'atteignant au moins. Cette immobilisation sera faite soit au moyen d'une gouttière, soit plutôt, suivant le conseil de M. le professeur Jabouay, au moyen d'un bandage en 8 de chiffre, dont la boucle postérieure embrasse la partie moyenne du bras et dont la boucle antérieure embrasse le poignet. On peut ainsi laisser la jointure à découvert, surveiller les phénomènes inflammatoires, qui peuvent survenir après les manœuvres de réduction et les traiter localement suivant les cas.

Une fois les phénomènes inflammatoires disparus, il y aura lieu de mobiliser l'articulation et cette mobilisation sera commencée vers le huitième jour, à moins de contre-indications nettes. M. Poncet conseille d'attendre une quinzaine de jours, mais il nous paraît préférable de com-

mencer la mobilisation un peu plus tôt, bien qu'il soit impossible de fixer une règle absolue et que ce soit l'état de la jointure qui commande la conduite du chirurgien. Cette mobilisation sera prudente, progressive et prolongée. Pour obtenir de bons résultats, il faut apporter énormément de patience et de persévérance, et c'est peut-être là une des raisons pour lesquelles tant d'auteurs se rallient à d'autres méthodes. Les malades ne veulent pas se soumettre à un traitement prolongé et le résultat s'en ressent. On pratiquera en même temps du massage et de l'électrisation des muscles.

Quels sont les résultats de cette méthode ? Au point de vue immédiat, quand la réduction complète est obtenue, le résultat est très bon. Dans toutes les observations où la réduction est complète, on note la facilité avec laquelle tous les mouvements se produisent, et en particulier, la flexion. Dans ceux où la réduction est incomplète, le résultat immédiat est moins brillant, mais on note, dans les observations où le malade a été revu après un long temps, une amélioration progressive considérable. En règle générale, tous les malades peuvent se servir de leur bras, sinon pour les manœuvres de force, du moins pour les mouvements journaliers utiles. Les malades peuvent se servir de leur membre pour se coiffer, manger. Les femmes peuvent vaquer aux travaux du ménage et les hommes peuvent se livrer à des travaux relativement fatigants, comme les travaux des champs.

Cette méthode ne donne peut-être pas des succès immédiatement aussi brillants que l'arthrotomie ou la résection; mais bien des auteurs qui ont essayé de ces résolutions sanglantes, outre les dangers immédiats, ont

noté, non pas comme dans nos cas, une amélioration considérable, mais au contraire une diminution des résultats primitifs. C'est l'avis de Duplay et Reclus, c'est aussi l'avis de MM. Pollosson et Poncet. D'ailleurs, les auteurs qui ont pratiqué la résection, y apportent tous des restrictions. Elle donne au membre plus de mobilité que de force et doit être rejetée chez les ouvriers qui se livrent à des travaux manuels pénibles. Du moment qu'on cherche moins la mobilité, mieux vaut éviter une opération sanglante et se contenter d'une réduction même incomplète, qui permette l'utilisation du membre.

Du reste, la lecture des observations qui suivent permettra de juger des résultats de la méthode de force, et de la réduction soit complète, soit incomplète dans les luxations anciennes du coude en arrière.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (inédite)

(Clinique du professeur JABOULAY)

G. C..., 19 ans, entre le 26 novembre 1909 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Sacerdos, n° 4, pour un traumatisme du coude gauche.

Ce jeune homme, qui ne présente aucune affection particulière dans ses antécédents, portait un poids de 50 kilos sur l'épaule droite lorsque, faisant un faux pas, il glissa et tomba sur la paume de la main gauche, tandis que le poids, glissant de l'épaule droite, tombait sur le bras gauche.

Immédiatement après son accident le malade fut immobilisé dans un appareil pendant quinze jours, le coude étant dans la position voisine de l'angle droit, au dire du malade, puis on lui fit du massage. Mais, ne pouvant se servir de son bras, qui devenait de moins en moins mobile, ce jeune homme se décide à entrer à l'Hôtel-Dieu, un mois après son accident, qui datait du 30 octobre 1909.

A son entrée, le malade présente un bras en extension incomplète, ne présentant que de très légers mouvements de flexion et d'extension tels, que ce jeune homme ne peut se servir de son bras pour les actes de la vie normale; il lui est impossible de manger et de s'habiller avec la main gauche. La palpation du coude révèle l'ascension de l'olécrâne en arrière, au-dessus de la ligne épitrochléo-épicondylienne.

Les mouvements de pronation et de supination sont à peu près normaux, bien qu'un peu gênés. Il existe des mouvements de latéralité anormaux.

On est en présence d'une luxation en arrière, non seulement du cubitus, mais aussi de la tête radiale, que l'on sent

rouler sous le doigt en arrière et en dedans de l'épicondyle.

Les mouvements des doigts sont conservés. Aucun trouble sensitif.

La radiographie permet de vérifier le diagnostic, et le 27 novembre 1909, M. le professeur Jaboulay pratique des manœuvres de réduction. Sous anesthésie on essaie de rompre les adhérences; des tractions graduées, combinées à des mouvements de flexion et d'extension, de pronation et de supination, sont suivies de la pratique « du mouvement de fléau ». L'opérateur, saisissant fortement le bras au-dessus du coude, produit des mouvements de flexion brusques de l'avant-bras libre sur le bras pendant que les pouces des deux mains repoussent l'olécrâne et la cupule radiale. Par des mouvements de flexion et de pronation forcés, on essaie de faire franchir le condyle au rebord de la cupule radiale.

Toutes ces manœuvres, répétées avec une force graduée, aboutissent à une réduction très incomplète. Le coude atteint l'angle droit et on immobilise l'articulation par un bandage en 8 de chiffre.

Huit jours après, lorsque la réaction provoquée par ces manœuvres dans l'articulation s'est un peu éteinte, on pratique de nouveau les mêmes manœuvres, sans anesthésie. On obtient ainsi une flexion incomplète de l'avant-bras sur le bras, mais cette flexion est à angle aigu. Le malade est de nouveau immobilisé pendant huit jours. Des massages et de la mobilisation progressive donnent un résultat fonctionnel suffisant pour que le malade quitte le service au bout de trois semaines avec un membre utile : il peut porter sa main gauche à sa bouche et s'habiller.

Nous avons revu le blessé le 5 mai 1910. A l'inspection, son coude paraît élargi, et l'avant-bras est déjeté en dehors. A la palpation on sent la tête radiale en dehors. L'olécrâne est remonté de 3 centimètres.

Le bras gauche présente une atrophie de 4 centimètres. L'avant-bras gauche de 3 centimètres.

La flexion dépasse légèrement l'angle droit. L'extension

atteint environ 115°. La supination est gênée. La pronation est presque complète. Le malade peut manger, se vêtir, et il a repris son travail.

Il déclare que l'état de son coude s'est amélioré depuis la sortie de l'hôpital. L'incapacité permanente résultant de son accident, qui aurait été de 55 à 60 p. 100, a été évaluée en avril dernier par M. le Dr Berchoux, à 23 p. 100.

OBSERVATION II (inédite)

M^{me} J. V..., entre au mois de février 1909, salle Saint-Pierre, n° 27 (service de M. Jaboulay), pour une luxation du coude en arrière datant de trois mois.

Cette malade présente une ankylose à angle droit du coude, apparue depuis quelques mois, consécutive à une arthrite probablement blennorrhagique.

Du côté traumatisé existe une luxation typique du coude en arrière. Les mouvements sont très peu étendus. L'extension est incomplète et la flexion est limitée de telle façon que la malade ne peut pas porter la main à la bouche pour manger et sur sa tête pour se coiffer. Il existe quelques mouvements de latéralité.

La malade est anesthésiée en deux fois à huit jours d'intervalle. Dans la première séance, on rompt des adhérences par des mouvements de fléau, des tractions et des mouvements de pronation forcée. Mais on essaie en vain de repousser l'olécrâne avec les pouces et l'on ne peut arriver à obtenir qu'une flexion à angle droit.

Dans la deuxième séance, les mêmes manœuvres sont répétées et on gagne encore un peu en flexion. L'olécrâne descend et bien que la réduction ne soit pas complète on immobilise le membre supérieur en flexion forcée pendant huit jours. Massage et mobilisation sont alors commencés et trois semaines après, la malade est fort satisfaite du résultat: elle peut porter la main à la bouche pour manger et peut se coiffer facilement.



Vue de profil.



Avant la réduction.

Vue de face.

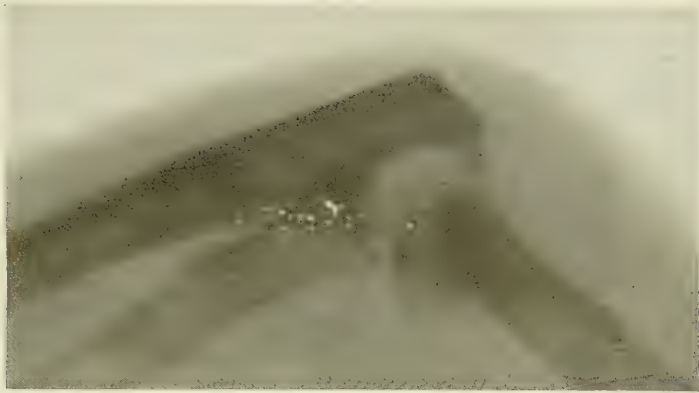
G. C. — Obs. I



1^{er} temps

Après la réduction.

2^e temps





Avant la réduction.



V. J. — OBS. II

Réduction partielle. — 1^{re} temps.



Réduction partielle. — 2^e temps.



Avant la réduction.



B. E. — Obs. III
1^{er} temps.



Après la réduction.

2^e temps.



Avant la réduction.



Après la réduction.

R. M. — Obs. IV

OBSERVATION III (inédite)

B... E., salle Saint-Sacerdos, n° 36, entre le 24 juin 1909.
Luxation du coude en arrière datant de deux mois et demi.

Nous n'avons pas pu retrouver l'observation de ce malade.

Les radiographies montrent l'état du coude avant la réduction, le premier temps de cette réduction. Au deuxième temps, la réduction s'effectue et elle est complète.

OBSERVATION IV

(M. JABOULAY. *Lyon médical*, 7 avril 1909.)

Réduction d'une luxation datant de trois mois.

M. Violet présente une malade de 31 ans, entrée à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Jaboulay, le 11 février 1901, pour une luxation du coude datant de plus de trois mois. C'est en effet le 9 novembre 1900 que notre malade fut victime d'un accident, une chute de voiture. Le 10, elle était chez un rebouteur, lequel, après quelques malaxations, la renvoya chez elle avec un *in pace* tout à fait rassurant.

A l'entrée, on constate les signes classiques de la luxation en arrière : un peu de mobilité latérale, pas de coulées périostiques de nouvelle formation ; on sent très bien les saillies des surfaces articulaires.

M. Jaboulay ne croit pas pouvoir considérer cette luxation comme irréductible. Sous anesthésie, on tâche de rompre les adhérences par des tractions, des mouvements de pronation et de supination, et surtout des mouvements brusques de l'avant-bras en avant pendant que les mains de l'opérateur embrassent fortement le bras de la malade près du coude et que les deux pouces, placés en arrière, repoussent et l'olécrâne et la cupule radiale.

Tous ces mouvements sont essayés à plusieurs reprises. Mais à un moment donné, par un mouvement de prona-

tion et de traction combinées, M. Jaboulay arrive à accrocher la cupule radiale sous l'épicondyle. Un bruit sourd se fait entendre. La trochlée cubitale a suivi, la luxation est réduite.

L'épreuve radiographique montre la parfaite réduction. D'autre part, l'examen de la malade montre combien la flexion est facile dans l'article. Toutefois, la malade paraît présenter encore un peu d'épanchement sanguin tant intra que périarticulaire, dont la résorption hâtera considérablement la guérison.

Il est survenu, au lendemain de la réduction, de la perte de la sensibilité dans le territoire du cubital. Cette anesthésie a aujourd'hui rétrocedé. Il n'en est pas de même de l'impossibilité de certains mouvements, tels que l'écartement des doigts et la flexion des deux derniers, annulaire et auriculaire. Toutefois, l'évolution de l'anesthésie nous fait bien augurer de l'évolution de la paralysie sous l'influence du massage et de l'électricité.

OBSERVATION V

(RICHARD. *Archives de médecine militaire.*)

Luxation postéro-externe du coude droit complète, en ce qui concerne le radius, incomplète, en ce qui concerne le cubitus. — Réduction au cent quarante-unième jour.

Il s'agit d'un soldat, qui fit une chute d'une hauteur de 2 mètres, le 2 novembre 1900. Il est traité par l'immobilisation pendant huit jours, puis des massages. Il entre à l'hôpital le 16 mars 1901.

Le coude est en extension complète, dans une position intermédiaire à la pronation et à la supination. Il n'existe aucun mouvement de flexion ni d'extension : seul, un léger mouvement de pronation persiste.

Le 22 mars, on tente la réduction sous anesthésie. Les manœuvres manuelles ramènent le coude à angle droit, puis on emploie l'appareil à mouffes.

« Lorsque la force d'extension arrive à un certain point (30 kilos environ), il devient nécessaire, pour maintenir la flexion à angle droit, de renforcer la contre-extension par les mains d'un troisième aide, appliquées à la partie inférieure du bras, immédiatement au-dessus du coude. L'extension est poussée jusqu'à ce que le dynamomètre indique une traction de 50 kilos. Nous faisons alors une tentative de réduction par le simple refoulement en avant de l'olécrâne et de la tête du radius; mais cette manœuvre, prolongée pendant cinq minutes, échoue. Nous faisons alors une troisième tentative, en maintenant la même traction de 50 kilos, mais, au lieu de refouler simplement en avant les os luxés, nous plaçons l'avant-bras de façon à avoir le bord radial sous les yeux, puis, par des poussées brusques et alternantes, nous refoulons en bas le côté externe du coude et soulevons le côté interne, comme pour obtenir un certain degré de flexion latérale. Au bout de 3 minutes, sans que la force d'extension ait dépassé 50 kilos, sans que nous ayons perçu de craquements, les deux os de l'avant-bras descendent. Le déclic de l'appareil est pressé, l'avant-bras est fléchi et la luxation est réduite.

« Après la réduction, les mouvements, facilement imprimés à l'articulation, donnent la sensation du sac de noix, et plus exactement que ne le fait une fracture comminutive, car ce sont réellement des surfaces dépolies qui frottent l'une contre l'autre. Le coude est fixé dans la flexion à angle droit par une gouttière plâtrée. »

La gouttière est enlevée le 28 mars et remplacée après chaque séance de massage et d'électrisation.

Le 18 décembre 1901, l'état du soldat est le suivant :

« La conformation du coude est presque normale, sauf un écartement de 1 centimètre environ entre l'épicondyle et l'épitrôchlée de plus qu'à l'autre bras. Ces deux saillies osseuses sont en ligne droite dans l'extension possible (140°) et l'olécrâne est peu remonté. Atrophie du bras, 0,02 centimètre, flexion limité à 80°, extension à 140°. Le blessé est

certainement gêné dans bien des mouvements, mais il peut s'habiller seul, se servir sans gêne de ce membre pour porter les aliments à sa bouche et écrire. »

OBSERVATION VI

(TEDENAT, *in* thèse FAVIER.)

Réduction d'une luxation de sept mois.

P... Virginie, entrée à l'hôpital en décembre 1905, salle Desault, est âgée de 38 ans.

Au mois de mai 1905, cette dame fait une chute sur la paume de la main. Lorsqu'elle se relève, elle a le bras en extension forcée, et ne peut faire aucun mouvement actif ou passif. Ne se doutant pas de la gravité de son accident, elle ne prend aucune précaution et laisse son coude sans traitement. Au mois de décembre, voyant qu'il ne s'est pas produit de guérison spontanée, qu'il n'y a même pas d'amélioration possible, la malade se décide à entrer à l'hôpital.

L'examen montre un avant-bras en extension complète sur le bras. De plus, cet avant-bras paraît déjeté en dehors. En avant on voit très nettement la saillie de l'épitrôchlée. Toute l'extrémité inférieure de l'humérus se trouve portée en avant et on sent un épaississement de cette extrémité osseuse. L'épicondyle paraît cependant recouvert par une masse musculaire.

En arrière, on sent très nettement l'olécrâne remonté à 2 centimètres environ. En explorant plus en dehors et en faisant exécuter à l'avant-bras des mouvements de pronation et de supination, on sent rouler sous le doigt la tête du radius et sa cupule. On porte le diagnostic de luxation du coude en arrière et en dehors. Si on essaye de faire mouvoir l'articulation, on voit qu'on ne peut arriver qu'à une flexion insignifiante. Quelques degrés à peine.

M. le professeur Têdenat pratique la réduction sans le sommeil chloroformique. Elle est assez pénible, mais on parvient tout de même à mettre le bras à angle droit.

On laisse un pansement contentif pendant six ou huit jours, et on commence aussitôt la mobilisation prudente de l'articulation.

Les mouvements augmentent petit à petit et on arrive à un résultat satisfaisant, lorsque la malade sort, malgré l'avis du chef de service.

Elle a dû, néanmoins, continuer à se soigner, car au mois d'avril 1906, M. le professeur Tédénat, qui a eu l'occasion de la revoir, nous disait qu'elle avait actuellement les neuf dixièmes de la mobilité normale, tout au moins en ce qui concerne les mouvements utiles.

OBSERVATION VII

(NODOT, thèse Paris 1888.)

Luxation de sept mois.

Luxation en arrière et en dehors du coude gauche datant de sept mois, chez un homme de 55 ans. Ankylose presque complète. Réduction après le troisième déclanchement avec une traction de 120 kilos. L'avant-bras est fléchi sur le bras à 45°, et maintenu par un appareil plâtré.

Résultat ultérieur excellent, l'usage de l'avant-bras est recouvré à peu près complètement.

OBSERVATION VIII

(NODOT)

Luxation de huit mois et demi.

Il s'agit d'une femme de 47 ans, qui portait une luxation du coude droit en arrière et en dehors, datant de huit mois et demi.

Réduction avec les mouffles au troisième déclanchement et avec une traction de 125 kilos. Appareil plâtré.

Cinq mois après, la malade pouvait coudre et se livrer aux travaux des champs sans difficultés.

OBSERVATION IX

(PONCET, *in* thèse PASTEUR.)

Réduction d'une luxation de sept mois et demi.

La malade a été présentée à la Société médicale de Lyon le 5 août 1894.

Le 18 décembre 1893, se présente à M. Poncet une jeune malade ayant, à la suite d'un accident survenu le 11 octobre, une luxation en arrière des deux os de l'avant-bras. Un rebouteur avait fait quelques manœuvres, mais inutiles. M. Poncet ne tenta pas de réduire à ce moment-là, car la malade était enceinte de six à sept mois, et l'on ne sait jamais à quelle longueur d'anesthésie, à quelles manœuvres brutales et sanglantes, à quels dangers de shock expose, au bout de plusieurs mois, la réduction d'une luxation. M. Poncet lui conseilla de revenir après son accouchement, ce que la patiente fit le 29 mai 1894. La réduction se fit sans bruit, après quelques mouvements très doux de mobilisation, de flexion et d'extension. Chez cette malade, il y avait une mobilité latérale de l'articulation, par conséquent, pas d'adhérences anciennes à rompre. Les processus réparateurs ont été retardés et n'ont pas donné d'adhérences cicatricielles. Le résultat fonctionnel fut excellent.

OBSERVATION X

(PONCET, *in* thèse PASTEUR.)

Réduction d'une luxation de six semaines.

La malade (43 ans) entre à l'Hôtel-Dieu, le 2 juillet 1900, dans le service de M. le professeur Poncet.

Il y a six semaines, elle tombe sur le coude, voit le rebouteur, qui est incapable de lui rendre les mouvements de son bras resté en extension. A son entrée à l'hôpital, on constate

en effet l'immobilité complète de l'articulation : olécrâne remonté de 2 centimètres au-dessus de la ligne épitrochléo-olécranienne, pas de mobilité anormale. Avant-bras en pronation habituelle, pronation et supination impossibles. Saillie olécranienne et tension du triceps ; saillie en avant de la tête humérale. Muscles flasques et atrophiés.

5 juillet 1900. — Sous anesthésie, réduction par M. Delore. Il exécute des mouvements de flexion, d'extension, de latéralité, qui détruisent les adhérences fibreuses. Le ligament latéral externe paraît résister, on le déchire par adduction forcée. Mouvements de fléau, puis tractions sur l'avant-bras, combinées avec la projection directe au moyen du pouce appliqué sur l'olécrâne en bas et en avant. Enfin, flexion et réduction sont effectuées. Pendant la réduction, déchirure de quelques fibres du triceps, qui était un peu rétracté. La pronation et la supination sont peu gênées. Le bras est immobilisé à angle aigu, environ 45°. Douze jours après, on commence les manœuvres d'assouplissement, qui sont faciles. Massages.

La malade sort le 20 juillet, ayant recouvré les mouvements et commençant à les augmenter par une mobilisation progressive qu'elle continuera chez elle. Plus de douleurs, ni de gonflement du coude, la main peut déjà être portée aisément derrière la tête, et en fléchissant la main fortement, toucher presque l'épaule.

OBSERVATION XI

(PONCET, *in* thèse PASTEUR.)

Réduction d'une luxation de quatre mois.

M... L., 43 ans, cultivatrice à Rochetouin (Isère), entrée le 27 février 1900, à Sainte-Anne, service de M. Poncet.

Il y a quatre mois, chute violente, cheval renversé sur son bras, qui est fortement comprimé contre le sol. Le bras est dans l'extension complète. Inutiles efforts d'une rebou-

teusé. A l'entrée, on constate une forte saillie en arrière de l'olécrâne, qui s'est élevé; avant-bras déjeté en dehors. Pronation et supination possibles, la cupule radiale est sentie en arrière, tournant sous le doigt. Un peu de mobilité latérale.

3 mars 1900. — Anesthésie. Essai de réduction par M. Bérard. Une alèze étant passée sous l'aisselle, un aide tire sur l'avant-bras, tandis que M. Bérard appuie fortement sur l'olécrâne, de manière à l'abaisser. Cette manœuvre donne peu de résultats. Rupture des ligaments par des mouvements appropriés imprimés à l'avant-bras. Il est alors possible de fléchir l'avant-bras sur le bras à angle droit, et l'olécrâne fait alors une forte saillie en arrière. Le mouvement de fléau de M. Jaboulay permet d'abaisser de 1 centimètre environ l'olécrâne et la flexion à angle aigu est possible. Immobilisation pendant huit jours. Massage, mobilisation. Sort le 13 mars, complètement guérie.

OBSERVATION XII

(PONCET, *in thèse* PASTEUR.)

Luxation du coude de deux mois. — Réduction.

C. C..., 38 ans, de St-Romain (Haute-Loire).

Luxation du coude droit datant de deux mois. Vu plusieurs rhabilleurs, pas de médecin.

On constate un coude en baïonnette, presque fixé en extension, sans mouvements possibles; avant-bras déjeté un peu en dehors (en même temps a eu fracture de l'épitrachlée). Atrophie notable de tous les muscles du bras et du deltoïde. Gêne des mouvements des doigts, sans œdème, ni fourmillements, ni autres signes de compression nerveuse ou vasculaire.

Anesthésie le 18 avril 1899. Tentatives de réduction par mobilisation en tous sens, d'abord pénibles, puis assez faciles et grand déplacement obtenu après nombreux craque-

ments ligamentaires et non osseux, car il n'y a pas eu de fractures. On arrive enfin, à l'aide du mouvement de fléau et de la pression des pouces, à mettre l'avant-bras en flexion complète et il semble y avoir une réduction approximative. Immobilisation. Avant-bras fixé à angle aigu. Douleurs assez fortes le premier jour; le lendemain, œdème notable. Le dixième jour, on enlève le bandage. Pas de désordres nerveux consécutifs aux manœuvres de réduction, seulement un peu d'anesthésie et de fourmillements pendant trois ou quatre jours dans la zone du cubital. Bons résultats fonctionnels, grâce au massage prolongé, l'avant-bras a recouvré presque tous les mouvements utiles. La radiographie montre une réduction complète. Ça et là, sur l'épreuve, apparaissent des sortes de copeaux osseux effilochés.

Le 8 novembre 1900, une lettre de la malade nous apprend qu'elle se sert bien de son bras, se sert aisément de la main pour manger, peut presque se coiffer et peut porter de ce côté une cruche d'eau.

OBSERVATION XIII

Luxation de cinq mois.

Jeune homme de 14 ans, tombé d'un mât sur le plancher du bâtiment, la paume de la main droite en avant. Le 6 mars 1838, il a le bras en extension, mais la luxation est néanmoins méconnue. Cinq mois après (156 jours), Gorré reconnaît une luxation en haut et en arrière. Il fait pratiquer l'extension par des aides. Au bout d'une demi-heure, avec intermittences, la réduction se produit sous sa direction. Deux ans après, il revoit le malade, qui jouit du libre exercice de son membre. La mobilité et la force de l'articulation étaient en entières.

Gazette médicale de Paris, 1846, p. 758.

OBSERVATION XIV (résumée)

(NELATON)

Réduction d'une luxation de cent quarante-trois jours.

Femme de 44 ans. Un rebouteur essaye en vain de réduire. A Autun, trois semaines après, on fait des essais infructueux, sous chloroforme, en deux fois. Un autre médecin met le membre à angle droit, mais trois semaines après il retombe dans l'extension incomplète.

Réduction sous anesthésie. Immobilisation dans un plâtre pendant trois semaines. Ensuite, massage, mobilisation, électrisation.

A la sortie de l'hôpital, les mouvements de rotation de l'avant-bras, pronation et supination, sont récupérés, ainsi que des mouvements étendus de flexion et d'extension.

OBSERVATION XV

(NICHET)

Luxation de soixante-dix jours.

Bourrelier, 34 ans. Luxation du coude droit. Un rhabilleur a fait d'inutiles tentatives. Soixante-dix jours après l'accident, Nichet opère la réduction après 30 minutes d'extension et de mobilisation. Le gonflement disparaît par repos et application résolutive. Une légère raideur est combattue à l'aide de douches d'eau minérale, et lorsque le malade quitte l'hôpital, deux mois après, il n'y a plus trace de l'accident. La forme, les mouvements et la force du coude sont complètement rétablis.

OBSERVATION XVI

(NICHET)

Luxation de quatre mois.

Jeune homme de 17 ans. Quatre mois après l'accident, on constate que le cubitus est incomplètement luxé en ar-

rière et en dehors, le radius est simplement déplacé en dehors. Une première tentative d'une heure est infructueuse. Quinze jours après, seconde tentative, qui rend possible la flexion à angle droit, la pronation et la supination. La flexion et l'extension sont limitées.

OBSERVATION XVII (résumée)

(TEDENAT, *in* thèse FAVIER.)

Réduction d'une luxation de trois mois avec fracture de l'olécrâne.

Femme de 27 ans. Luxation du coude en arrière et en dehors. Elle a été traitée par un rebouteur, puis par une masseuse. Le coude garde une certaine mobilité. Sous anesthésie, extension, contre-extension et mouvements de latéralité, puis flexion brusque à angle droit. A ce moment, il se produit un arrachement de l'olécrâne. Le radius a conservé sa place primitive, c'est-à-dire qu'il n'y a pas réduction vraie. Coude maintenu à angle droit. Au bout de six jours, massages et mobilisation, qui de jour en jour font gagner de la souplesse à l'articulation.

OBSERVATION XVIII

(TEDENAT, *in* thèse FAVIER.)

Luxation de cinq mois. — Pseudo-réduction par fracture de l'olécrâne.

Homme de 45 ans. La luxation a été réduite une fois et s'est reproduite. L'olécrâne est remonté, la tête du radius luxé en dehors.

Pendant le redressement forcé, l'olécrâne se fracture, sans que le radius reprenne sa place.

Immobilisation pendant six jours, puis mobilisation. Un mois et demi après, le malade sort de l'hôpital, malgré l'avis du chirurgien, ayant récupéré 50 p. 100 des mouvements du coude.

OBSERVATION XIX

(OLIER. *Traité des résections.*)

Il rapporte un cas de luxation réduite au bout de vingt-cinq jours en arrachant le cartilage olécranien. Deux ans après, la flexion est complète et l'extension arrive à 130°. Il s'agissait d'un enfant de 12 ans.

Il rapporte un second cas datant de deux mois, chez un enfant de 6 ans, chez lequel l'olécrâne fut arraché pendant les manœuvres de réduction. La flexion était complète, l'exclusion limitée à 115°.

OBSERVATION XX (résumée)

(ROCHET, *in* thèse BARBIER.)

*Luxation de cinq mois. — Tentative de réduction. —
Fracture de l'olécrâne.*

Enfant de 12 ans. Le bras est en flexion à angle obtus. Ankylose fibreuse serrée. Avec quelques mouvements de flexion possibles. Sous anesthésie on cherche à réduire et l'olécrâne se fracture. Immobilisation à angle aigu. Compresses résolutes. Trois mois après, le malade se servait déjà bien de son avant-bras, mais les mouvements d'extension surtout étaient un peu limités.

Deux ans et demi après, bien que la déformation du coude fût toujours accentuée, le malade se servait de son coude et l'amélioration augmentait de jour en jour.

OBSERVATION XXI

(ROCHET, *in* thèse BARBIER.)

*Luxation de quatre mois. — Réduction par fracture de
l'olécrâne.*

Enfant de 14 ans. Avant-bras en extension complète. Anesthésie. Pendant les manœuvres d'extension, l'olécrâne

se fracture et peu après, en continuant les tractions la luxation se réduit.

Immobilisation pendant huit jours, puis mobilisation. Un mois après, le malade sort avec un bon résultat fonctionnel.

Un an après tous les mouvements sont récupérés. Il existe entre le triceps et l'olécrâne une dépression de 1 centimètre qui paraît être formée par un cal fibreux.

OBSERVATION XXII (résumée)

(CAPELLETI, cité par PASTEUR.)

Luxation de soixante-dix jours. — Réduction avec fracture de l'olécrâne.

Paysanne de 56 ans, qui consulta Capelleti au soixante-huitième jour. Réduction avec l'appareil au soixante-dixième jour. Dans les jours précédents, on avait mobilisé l'articulation légèrement. Au bout d'une demi-heure, pendant les manœuvres de flexion, l'olécrâne se fracture.

Le bras est mis en position moyenne et un bandage est appliqué pour maintenir le contact des fragments. Le trente-sixième jour, on enleva l'appareil. Mobilisation. Cinq mois après, tous les mouvements s'exécutaient sans douleur et la malade pouvait se livrer sans crainte à ses occupations domestiques.

CONCLUSIONS

I. — Les luxations anciennes du coude en arrière sont irréductibles au bout d'un temps excessivement variable; on a pu en réduire complètement, qui dataient de plusieurs mois.

II. — Les causes d'irréductibilité sont dues à des lésions articulaires ou extra-articulaires : modification des extrémités osseuses, rétraction et ossification intéressant le ligament et les muscles périarticulaires plus ou moins déchirés. Ces lésions aboutissent à une ankylose fibreuse incomplète ne permettant plus une amplitude suffisante des mouvements de flexion ou d'extension : les mouvements de pronation et de supination sont plus ou moins gênés.

III. — Il existe un certain nombre de cas de luxations anciennes du coude en arrière non réduites, où l'amélioration spontanée a été si considérable que le membre avait repris sa mobilité et sa force presque complètes.

IV. — On doit donc toujours tenter la mobilisation d'une pareille luxation. Ce n'est que dans le cas de lésions dûment constatées (radiographie) et évidemment opposées à toute mobilisation (déformations osseuses considérables, enclavement de fragments osseux, plaques d'ossification très larges) que l'on doit s'adresser d'emblée à une opération sanglante.

V. — La réduction complète est le but que l'on doit rechercher. La flexion à angle droit est le but minimum que l'on doit atteindre.

VI. — Les tentatives de réduction seront faites sous anesthésie : l'emploi des mouffles doit être rejeté pour éviter des accidents. On préférera la méthode de M. le professeur Jaboulay, qui assouplit d'abord l'articulation, emploie pour la réduction le mouvement de fléau et y ajoute, s'il est nécessaire, le mouvement de pronation forcée.

VII. — Ces tentatives seront répétées deux ou trois fois s'il est nécessaire. Le coude sera ensuite immobilisé par un bandage en 8 de chiffre, qui laissera l'articulation à découvert et permettra de la surveiller.

VIII. — Vers le huitième jour, on commencera une mobilisation méthodique et progressive aidée de massage et d'électrisation.

IX. — La fracture de l'olécrâne est un accident que l'on doit éviter, mais que l'on ne doit pas redouter, car même dans ce cas, le résultat peut être excellent.

X. — La méthode que nous proposons est susceptible de donner des résultats excellents; si la réduction est complète, le membre reprend sa force et sa mobilité presque complètes. Mais, même si elle est incomplète, elle donne un membre utile, et c'est pour cette raison que l'on doit toujours tenter son emploi.

Vu :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

Vu :

Le Président de la Thèse.

JABOULAY.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 4 mai 1910.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ALGRET. — Thèse de Paris, 1904-1905.
DECÈS et DOYEN. — II^e Congrès français de chirurgie, 1886.
FAVIER. — Thèse de Montpellier, 1906.
Daniel MOLLIÈRE. — II^e Congrès français de chirurgie, 1886.
OZANAM. — Thèse de Bordeaux, 1892-1893.
RADMILOWITCH. — Thèse de Genève, 1905.
ROY. — Thèse de Lyon, 1899.
WALTHER. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1894.
OLLIER. — *Lyon Médical*, 1888.
MULLER. — Thèse de Lille, 1903-1904.
PASTEUR. — Thèse de Lyon, 1900-1901.
DESMANNEVILLE. — Thèse de Lyon, 1900-1901.
NOVÉ-JOSSERAND. — *Revue de Chirurgie*, 1893.
PICOQUÉ et MAUCLAIRE. — Thérapeutique chirurgicale des maladies des articulations.
DUBAR. — *Echo Médical du Nord*, 1904.
PONCET. — *Lyon Médical*, 1894.
RICHARD. — *Archives de médecine militaire*, 1902.
BARBIER. — Thèse de Lyon, 1896-1897.
DEGRAVES. — Thèse de Montpellier, 1894-1895.
LERICHE. — *Archives provinciales de chirurgie*, 1894.
BUTHAUD. — Thèse de Paris, 1896.
CAHIER. — *Traité de chirurgie*.
MULLER. — *Lyon Médical*, 1908.
OLLIER. — *Traité des résections*.
MORAES-BARROS. — Thèse de Genève, 1888.
JABOULAY. — *Province médicale*, 1893.
— *Province médicale*, 1895.
VIALLE. — *Lyon Médical*, 1903.
PATEL. — *Lyon Médical*, 1902.

